

死亡一時金請求書

① 個人番号	記入不要です				
② ふりがな 氏名	おおいた たろう 大分 太郎		男 女	③ 生年月日	昭和 ○○年 ○月 ○日
④ 現住所	大分市荷揚町○番○号				
⑤ ふりがな 死亡者氏名	おおいた はなこ 大分 花子		男 女	⑥ 生年月日	昭和 ○○年 ○月 ○日
受けた 予防接種	⑦ 種類	新型コロナウイルスワクチン臨時、○回目		⑧ 実施 年月日	令和 ○年 ○月 ○日
	⑨ 実施者	大分市長		⑩ 実施場所	○○病院
	⑪ 居住地	※予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。			
⑫ 当該疾病につき 初めて診療を受け た年月日	令和 ○年 ○月 ○日		⑬ 初めて診療を 受けた医療機関の 名称及び所在地	大分市城崎町○番○号 ○○病院	
⑭ 経過	※死亡に至る経過を具体的に記入してください。				
⑮ 死亡年月日	令和 ○年 ○月 ○日		⑯ 死亡の当時 診療を受けていた 医療機関の名称 及び所在地	大分市城崎町○番○号 ○○病院	
⑰ 遺族の状況	氏名	生年月日	続柄	現住所	備考
	大分 太郎	昭○○・○・○	夫	大分市荷揚町○番○号	
	大分 一郎	昭○○・○・○	子	大分市上野町○番○号	
	
⑱ 遺族の状況 について参考 となる事項	※遺族について参考となる事項があれば、記入してください。				
⑲ 障害年金受給の 有無	有 (年 月から 年 月まで) ・ 無				
⑳ 後遺症一時金の 受給の有無	有 { 受給年月日 年 月 日 } { 等 級 級 } { 受 給 額 円 円 } ・ 無				
上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、死亡一時金の支給を受けたく、 必要書類を添えて請求します。 令和 ○年 ○月 ○日 請求者氏名 大分 太郎 市 町 村 長 殿					
㉑ 同意欄	私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。 本人署名 記入不要です 印				